

## רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה

### מבוטח נכבד שים לב!

**על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעתך, יש לצרף לתביעה את כל המסמכים הרלוונטיים ברשימה שלהלן.**

- חוברת תביעה מלאה וחתומה, הכוללת:
  - אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי - עמוד 3 לחוברת התביעה.
  - כתב ויתור על סודיות רפואית - עמוד 4 לחוברת התביעה.
- צילום תעודת זהות של התובע. אם מדובר בקטין - צילום תעודת זהות של שני ההורים כולל הספח בו מופיעים פרטי התובע.
- אם מדובר בהורה יחיד - תצהיר אפוסטרופוס חתום על ידי ההורה.
- מסמכים רפואיים מיום התאונה.
- מסמכים רפואיים עדכניים בתחום הפגיעה, בדיקות, צילומי רנטגן, צילומי שיניים וכיוב', הכל בהתאם לסוג הפגיעה.
- מסמכים מהמשטרה, מגן דוד, המוסד לביטוח לאומי וכד', ככל שהיתה מעורבות שלהם באירוע.
- אם התביעה מטופלת על ידי עורך דין - יפוי כח חתום במלואו.
- במקרה פגיעת שיניים - אישור רופא השיניים המתייחס לפרטים להלן:
  - מספר השן שאבדה עקב המקרה (אם אבדו מספר שיניים - יש לציין את מספר השן של כל אחת מהן).
  - המלצת רופא לטיפול בכל שן שאבדה (בשן שניתנת לשיקום - הרכבת כתר לפחות).
  - מהות הטיפול בשיניים שנפגעו.
  - האם שיניים אלו קיבלו טיפולים בעבר, אם כן מהו סוג הטיפול.
  - צילומי רנטגן שבוצעו בעקבות התאונה, לפני ביצוע הטיפול.

## חברת הגשת תביעה - ביטוח תאונות אישיות לתלמידים

**לסיוע בהגשת תביעה לחברת הביטוח ובירור ראשוני של הזכאות בהתאם לתנאי הפוליסה, ניתן לפנות אל החברה למשק וכלכלה של השלטון המקומי סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רח' הארבעה 19, תל אביב 6473919. טלפון לבירורים 03-6235252 בימים א', ב', ד', ה' בין השעות 09:00-13:00.**

**שים לב!**  
**חברת הגשת תביעה זו כוללת 5 עמודים.**  
**אי מילוי או אי צירוף כל המסמכים הנדרשים לצורך בירור החבות עשוי לעכב את הטיפול בתביעתך.**

פרטי הנפגע			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ת. לידה
כתובת			
טלפון	טלפון נייד	כתובת מייל	

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה בנושא התביעה ומסמכים נדרשים עפ"י דין יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. חתימה: \_\_\_\_\_

פרטי המוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה			
שם המוסד	כתובת	מס' טלפון	סמל מוסד

התאונה			
מקום האירוע (חצר, כיתה וכו')	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
תיאור מפורט של התאונה/אירוע			
_____			
_____			
_____			

תיאור ההיזק הגופני (להלן "הפגיעה") וצירוף מסמכים רפואיים		
פירוט סוג הפגיעה (נא לצרף מסמכים רפואיים) _____		
טיפול ראשוני ניתן ע"י קופ"ח/ בי"ח/ מוסד אחר (נא לצרף מסמכים רפואיים) _____		
אשפוז בבי"ח	מתאריך	עד תאריך

הנפגע נעדר מבית הספר **בהוראת רופא** מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף אישור כמפורט בסעיף 2 מטה) **לתשומת לבך, היעדרות מהמוסד החינוכי מתחת ל- 21 ימים רצופים אינה מזכה בתגמולי ביטוח בגין נכות זמנית / אי כושר. במידה והייתה היעדרות מהמוסד החינוכי של מעל 21 ימים ברציפות, נא לצרף:**

- אישור היעדרות מהמוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה (בנוסח המצ"ב בעמוד 3 לחוברת זו).**
- אישור רפואי בגין ימי היעדרות מרופא מומחה בתחום הפגיעה או מהמוסד הרפואי בו אושפז או טופל הנפגע.**

לתביעה בגין פגיעה בשיניים - במקרה של אובדן שן נא לצרף אישור רופא שיניים וצילומי שיניים כמפורט ברשימת המסמכים הנדרשים בעמוד 5 לחוברת זו. לתשומת לבך, במקרה של פגיעה בשיניים הפוליסה מכסה מקרים של אובדן שן (הניתנת לשיקום או שאינה ניתנת לשיקום) בלבד! הפוליסה אינה מכסה הוצאות בגין טיפולי שיניים.

**עדים לתאונה**

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

האם הילד נפגע בתאונה בעבר?  לא  כן

אם כן, ציין/ני - תאריך \_\_\_\_\_ ופרט את סוג הפגיעה בעבר \_\_\_\_\_

**תביעה לתשלום תגמולי ביטוח:**

**אני הח"מ מגיש תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין התאונה על פי סעיפי הנזק שנגרמו לי המפורטים להלן (נא סמן):**

נכות קבועה: **כן / לא**

אי כושר זמני ( נכות זמנית) **כן / לא**

(מותנה בהיעדרות מהמוסד החינוכי של לפחות 21 ימים רצופים)

פגיעה בשיניים: **כן / לא**

(אובדן שן הניתנת לשיקום או שאינה ניתנת לשיקום בלבד. הפוליסה אינה מכסה הוצאות בגין טיפולי שיניים)

מקרה מוות: **כן / לא**

מקרה ביטוח אחר המכסה על פי תנאי הפוליסה. נא פרט: \_\_\_\_\_

אם וככל שתאושר תביעתי, אבקש להעביר את תגמולי הביטוח (נא סמן):

**בהמחאה**

**בהעברה בנקאית לחשבון הבנק המפורט מטה (יש לצרף העתק המחאה או אסמכתא לניהול חשבון בנק)**

לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש
<b>אני/ו מצהיר/ים על נכונות המידע שפורט לעיל וכי לא העלמתי/נו דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. (חתימת ההורים או אפוטרופוס / חתימת התובע במידה ובגיר)</b>				
שם	ת.ז.	תאריך	חתימה	
שם	ת.ז.	תאריך	חתימה	

**הסכמה לפנייה באמצעי תקשורת אלקטרונית:** מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שכלל חברה לביטוח תוכל לספק לי שרות בגין התביעה, וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעת מסר קצר.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

**את חוברת הגשת התביעה והמסמכים המלאים יש לשלוח אל החברה למשק וכלכלה של השלטון המקומי**

**סוכנות לביטוח (1992) בע"מ, רחוב הארבעה 19, תל אביב 6473919.**

ניתן גם לשלוח למשרדי כלל חברה לביטוח בע"מ, משרד ראשי | רח' ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 | תל אביב. מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 | תל אביב 6136902 | פקס 077-6383172 | דוא"ל clalstudentsrika@clal-ins.co.il

**למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית**

**מבוטח נכבד שים לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה  
ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך.**

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד:

כלל חברה לביטוח בע"מ

**הנדון: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה**

הריני לאשר כי התלמיד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) \_\_\_\_\_

במועד תאריך האירוע \_\_\_\_\_ (יש לציין תאריך).

כתובת המוסד החינוכי \_\_\_\_\_ סמל מוסד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_.

על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדר התלמיד מהלימודים

מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_.

בכבוד רב,

חתימה + חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית

מס' תביעה: \_\_\_\_\_

### כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מבקש/ת בזה מכל אדם ו/או מוסד ובכלל זה כל רופא, בית חולים, מרפאה, תחנה לבריאות הנפש ו/או קופ"ח ו/או כל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או כל רופא ו/או כל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל עובד במוסדות צה"ל ו/או במשרד הביטחון ו/או משטרת ישראל ו/או כל מוסד אחר כלשהו (לרבות קרנות פנסיה) ועובדיו למסור ל"כלל **חברה לביטוח בע"מ**" ו/או לבאים מכוחה ו/או מי מטעמה (להלן: "**המבקש**"), את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת לרבות פרטים על מחלות, ניתוחים, בדיקות, צילומים ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או כל מוסד סוציאלי ו/או ביטוחי שילם או משלם לי וכל מסמך ו/או מידע אחר ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה לעיין, להעתיק ולצלם כל מסמך ומידע הנוגע לאמור לעיל לפי ראות עיניהם ושיקול דעתם הבלעדי, לרבות חומר ומסמכים המצויים בידי משרד הביטחון ו/או שלטונות צה"ל ו/או משטרת ישראל ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או מוסדות רפואיים וציבוריים אחרים.

כל מי שיתן למבקש או למי מטעמו מסמך או מידע כלשהו הנדרש כאמור, משוחרר בזה מחובת הסודיות הרפואית ואחרת ולא יהיו כלפיו כל טענות או תביעות מסוג כלשהו. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מאגר מידע רפואי או אחר של כל מוסד שהוא ו/או כל נתון שירותים שהוא.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

### ולראיה באתי על החתום:

שם ומשפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מען: \_\_\_\_\_

שם הקופה: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_

שמות הרופאים המטפלים (משפחה ומקצועיים): \_\_\_\_\_

קופ"ח - סניפים קודמים: \_\_\_\_\_

שם הקופה: \_\_\_\_\_ שם הסניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שמות רופאים מטפלים ומומחיותם: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### במקרה של קטין:

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

### אישור

הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה בפני עו"ד \_\_\_\_\_ במשרדי ברח' \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , גב'/מר \_\_\_\_\_ שזזה עצמו ע"י תעודת זיהוי מס' \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

המוכר/ת לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו/ה מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר/ה בפני כי הבין/נה תוכנו וחתם/מה עליו בפני.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימה + חותמת